



Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale: taux de dépistage dans une population de médecine générale et faisabilité par des infirmières

Aurélie Chaumontet

► To cite this version:

Aurélie Chaumontet. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale: taux de dépistage dans une population de médecine générale et faisabilité par des infirmières. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00871544

HAL Id: dumas-00871544

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00871544>

Submitted on 9 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Joseph Fourier
Faculté de médecine de Grenoble

Année 2013

N°

Thèse en vue du diplôme d'état de doctorat en médecine

**Dépistage de l'anévrisme de l'aorte
abdominale : Taux de dépistage dans une
population de médecine générale et
faisabilité par des infirmières**

CHAUMONTET Aurélie, née le 23.08.1983 à Annecy (74).

Thèse soutenue publiquement le 02 Octobre 2013

Devant le jury composé de :

Président du jury : Pr Carpentier Patrick

Directeur de thèse : Dr Berremili Toufek

Membres du jury : Pr Pernod Gilles, Pr Magne Jean Luc

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur Carpentier d'avoir accepté de présider le jury de thèse, pour ses conseils et sa disponibilité.

A Mr le Professeur Pernod et Mr le Professeur Magne de participer à mon jury de thèse.

Au Dr Berremili Toufek de m'avoir proposé le sujet. Merci de ta disponibilité et de ton aide.

A mes maitres de stage d'UPL, Dr De La Heronnière, Dr Chanvillard et Dr Piellard pour m'avoir fait découvrir et apprécier la médecine générale.

A mes maitres de stages de SASPAS, Pr Esturillo, Dr Cheynel et Dr Isore pour avoir accepté que leurs patients m'aident à ce travail de thèse. Merci également de votre confiance pendant mes stages.

A mes amis de longue date et ceux de ma promotion.

A mes parents et mon frère qui m'ont soutenu pendant ces longues années.

A mon mari et mes 2 petites princesses.

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

PUPH 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROUSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGET Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Faculté de Médecine
Postes MCU-PH 2012-2013
MCU-PH 2012/2013

Nom - Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M. Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie

SOMMAIRE

Résumé	p 12
--------------	------

Introduction	p 16
--------------------	------

Matériel et méthodes

1 Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale en médecine générale

1.1 Population	p 20
----------------------	------

1.2 Méthode	p 20
-------------------	------

2 Evaluation de la reproductibilité des infirmières pour le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

2.1 Population	p 21
----------------------	------

2.2 Méthode	p 21
-------------------	------

2.3 Traitement statistique des données	p 22
--	------

Résultats

1 Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale en médecine générale

1.1 Population	p 23
----------------------	------

1.2 Etat des lieux du dépistage de l'AAA en médecine générale selon les recommandations de 2006 de la société française de médecine vasculaire... p 24

1.3 Spécialiste ayant réalisé le dépistage	p 26
--	------

2 Evaluation de la reproductibilité des infirmières	
2.1 Population	p 29
2.2 Reproductibilité des infirmières pour la mesure de l'aorte ...	p 29
Discussion	p 32
Conclusion	p 36
Bibliographie	p 38
Annexes	p 40
Serment d'Hippocrate	p 42

RESUME

INTRODUCTION : Le diagnostic de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est difficile cliniquement et les conséquences d'une rupture fatales. L'échographie est le moyen le mieux adapté au dépistage de l'AAA, simple et permettant une réduction de la mortalité.

OBJECTIF : L'objectif est d'évaluer le taux de dépistage de l'AAA dans une population de médecine générale et la faisabilité de ce dépistage par des infirmières formées.

METHODE : Le taux de dépistage a été étudié sur 448 patients rencontrés dans 4 cabinets de médecine générale en Savoie et en Haute Savoie sur deux périodes de 1 mois (avril puis juillet 2012).

La reproductibilité des infirmières a été étudiée sur une population hospitalière de 109 personnes du 17.10.2011 au 15.12.2011 sur Annecy.

RESULTATS : Seuls 55.5% des patients recommandés par la société française de médecine vasculaire ont été dépistés. Aucun patient n'a été adressé spécifiquement pour ce dépistage à un spécialiste.

La reproductibilité des infirmières comparée à un médecin expert est bonne ($\kappa = 0.734$). Pour une taille de l'aorte inférieure à 3 cm, il existe 98.4% de résultats concordants entre le médecin et les infirmières.

CONCLUSION : Cette étude confirme un faible taux de dépistage dans la population concernée. Le dépistage infirmier pourrait être une alternative utile et efficace pour la réduction de la mortalité de l'AAA. Cela permettrait également de rationaliser le temps médical sans délaisser le dépistage.

MOTS CLES : anévrisme de l'aorte abdominale (AAA), dépistage, infirmières, médecine générale.

SUMMARY

Abdominal aortic aneurysm screening: screening rates in a population of family practice and feasibility by nurses.

INTRODUCTION: Abdominal aortic aneurysm (AAA) diagnosis is clinically difficult and consequences of aneurysm rupture are fatal. The echography is the best way for AAA screening, it is simple and it reduces the mortality rate.

OBJECTIVE: The objective is to evaluate the AAA screening rate in a family practice population and the feasibility of this screening by trained nurses.

METHOD: The screening rate was studied on 448 patients met in 4 family practice offices in Savoie and Haute-Savoie on two periods of one month (April and July 2012). The reproducibility of the nurses was studied on a hospital population of 109 persons from October 17th to December 15th of 2011 in Annecy.

RESULTS: Only 55.5 % of the patients recommended by the French society of vascular medicine were detected. No patient was specifically sent for this screening to a specialist.

The reproducibility of the nurses versus expert doctor is good ($\kappa = 0.734$). For a size of the aorta lower than 3 cm, there is 98.4 % of matching results between the doctor and the nurses.

CONCLUSION: This study confirms a low rate of screening in the concerned population. The nursing screening could be a useful and effective alternative to reduce the mortality of AAA. It would also allow to rationalize medical time without abandoning screening.

KEYWORDS: abdominal aortic aneurysm, screening, nurses, family practice

INTRODUCTION

Un anévrisme est défini comme une dilatation permanente, localisée, segmentaire, avec perte du parallélisme des bords, d'une artère dont le diamètre est augmenté d'au moins 50 % par rapport à son diamètre normal (1). Dans la plupart des études épidémiologiques, l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est défini comme une dilatation localisée de l'aorte abdominale d'un diamètre antéro postérieur supérieur à 30 mm (1), début du pouvoir évolutif de l'anévrisme.

Les principaux facteurs de risque de survenue d'un AAA sont l'âge supérieur ou égal à 65 ans, le sexe masculin, le tabagisme et l'hérédité (1).

Cliniquement, cette maladie est le plus souvent asymptomatique. Son diagnostic repose sur l'échographie abdominale.

L'évolution naturelle est l'expansion voire la rupture dans certains cas. En cas de rupture, la mortalité est de l'ordre de 80% (1).

Le seul traitement curatif est la chirurgie. Lors d'une chirurgie programmée, la mortalité péri opératoire est alors de l'ordre de 4 à 5% (1).

Le dépistage de l'AAA fait actuellement l'objet de différentes recommandations selon les pays.

Ces recommandations reposent essentiellement sur une méta analyse de quatre essais cliniques qui a montré que le dépistage permet une réduction de la mortalité liée aux AAA (2).

La Grande Bretagne est le seul pays à proposer depuis 2009 un dépistage systématique pour tous les hommes âgés de 65 ans et pour les hommes de plus de 65 ans s'ils n'ont jamais été dépistés (4).

Aux Etats-Unis, les recommandations sur le dépistage sont différentes selon les organisations.

L'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommandait en 2005 le dépistage ciblé opportuniste unique chez tous les hommes fumeurs ou ayant fumé (au moins 100 cigarettes sur la vie entière) âgés de 65–75 ans. Ils ne recommandaient pas de dépistage pour les femmes (5).

Dans le cadre de l'examen physique 'Welcome to Medicare', réalisé depuis 2007, le dépistage est recommandé chez les hommes âgés de 65 à 75 ans, fumeurs ou anciens fumeurs (défini comme la consommation d'au moins 100 cigarettes sur la vie entière), et des hommes et des femmes âgés de 50 ans ayant des antécédents familiaux d'AAA (6).

La société de chirurgie vasculaire américaine recommandait, en 2009, le dépistage systématique unique des AAA chez tous les hommes âgés de 65 ans ou à partir de 55 ans s'il existe des antécédents familiaux. Chez les femmes à partir de 65 ans s'il existe des antécédents familiaux (7).

En Allemagne, en 2009, la Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie, a préconisé le dépistage pour les hommes âgés de 65 ans, en particulier s'ils sont fumeurs ou anciens fumeurs ; les hommes et les femmes, quel que soit leur âge s'ils ont des antécédents familiaux d'AAA ; les femmes âgées de 65 ans fumeuses ou anciennes fumeuses, ou ayant une pathologie cardiaque (8).

En France, la Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV) a recommandé, en 2006, un dépistage des AAA par échographie-doppler chez tous les hommes âgés de 60 à 75 ans, fumeurs ou ayant fumé, et chez les hommes et/ou femmes âgés de plus de 50 ans ayant des antécédents familiaux d'AAA (parents ou collatéraux au 1^{er} degré). La SFMV a également préconisé le dépistage des AAA chez les hommes non fumeurs âgés de 60 à 75 ans, chez les femmes âgées de 60 à 75 ans fumeuses ou ayant une hypertension, et chez les hommes et les femmes (femmes tabagiques uniquement) âgés de plus de 75 ans, sans comorbidités et avec une espérance de vie normale pour leur âge (1).

L'HAS préconise elle, dans un rapport de novembre 2012, un dépistage ciblé unique et opportuniste chez les hommes de 65 à 75 ans fumeurs ou anciens fumeurs et chez les hommes ayant des antécédents familiaux d'AAA (8).

Malgré toutes ces recommandations, nous n'avons que peu de données sur le dépistage de l'AAA en France. Nous ne savons pas comment est organisé ce dépistage et s'il est bien réalisé.

La population française concernée par le dépistage ne va cesser de croître avec parallèlement une diminution du nombre de médecins. Le dépistage pourrait alors passer au second plan face aux pathologies aiguës.

Le dépistage représente environ 8% des consultations des médecins généralistes (9).

L'objectif de cette étude est de faire l'état des lieux du dépistage de l'AAA dans une population de médecine générale.

Puis dans un second temps de savoir s'il serait possible de proposer une consultation de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par des infirmières.

MATERIEL ET METHODE

1. Dépistage de l'AAA en médecine générale

1.1 Population

L'étude concerne 4 patientèles de médecins généralistes.

Un premier recueil de données s'est effectué au cours des stages d'internat en médecine générale en Savoie. Deux médecins travaillaient sur Chambéry et un médecin sur Saint Pierre d'Albigny.

Un deuxième recueil de données s'est effectué au cours d'un remplacement chez un médecin généraliste de Rumilly en Haute Savoie.

Tous les patients vus en consultation étaient « screenés » sans exception.

1.2 Méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale.

Le recueil de données s'est fait lors d'un interrogatoire pendant la consultation.

Ces données ont été complétées avec leur dossier médical (antécédents, courriers des spécialistes.)

Les données étaient recueillies sur un formulaire informatisé :

- si le patient avait entre 50 et 60 ans : antécédents familiaux d'AAA
- si le patient avait plus de 60 ans
 - Hypertension artérielle
 - Tabagisme actif ou sevré
 - antécédents familiaux d'AAA
 - suivi ou non par un spécialiste : médecin vasculaire et/ou cardiologue

- dépistage réalisé ou non pour l'AAA.

Les données ont été recueillies sur deux périodes de 1 mois : le mois d'avril 2012 en Savoie puis le mois de juillet 2012 en Haute Savoie.

L'objectif est de savoir si le dépistage de l'AAA est bien réalisé en médecine générale selon les recommandations de 2006 de la société française de médecine vasculaire.

2. Evaluation de la reproductibilité des infirmières pour le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

2.1 Population

L'étude concerne les patients hospitalisés dans le service de Cardiologie de l'hôpital d'Annecy.

2.2 Méthode

Il s'agit d'une comparaison inter observateur ou étude de reproductibilité.

Les patients ont été recrutés sur une période de 2 mois, du 17.10.2011 au 15.12.2011.

Les patients inclus dans l'étude étaient en première intention des patients ayant présenté un syndrome coronarien aigu. En seconde intention, il s'agissait de patients

hospitalisés en unité conventionnelle de cardiologie et présentant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire.

Cette étude a été menée en double aveugle.

Les infirmières ont bénéficié d'une formation par le médecin vasculaire du service dans le cadre d'un dépistage global de la maladie vasculaire.

Dans cette étude nous nous sommes focalisés seulement sur le dépistage de l'AAA, mais elles étaient également évaluées sur leurs capacités à mesurer les niveaux de surcharge athéromateuse carotidienne et les index de pression systolique.

Les données étaient relevées sur un formulaire informatique permettant de garantir le double aveugle.

2.3 Traitement statistique des données

Nous avons traité les données sur Excel. L'analyse statistique a été réalisée avec le Test statistique Kappa.

RESULTATS

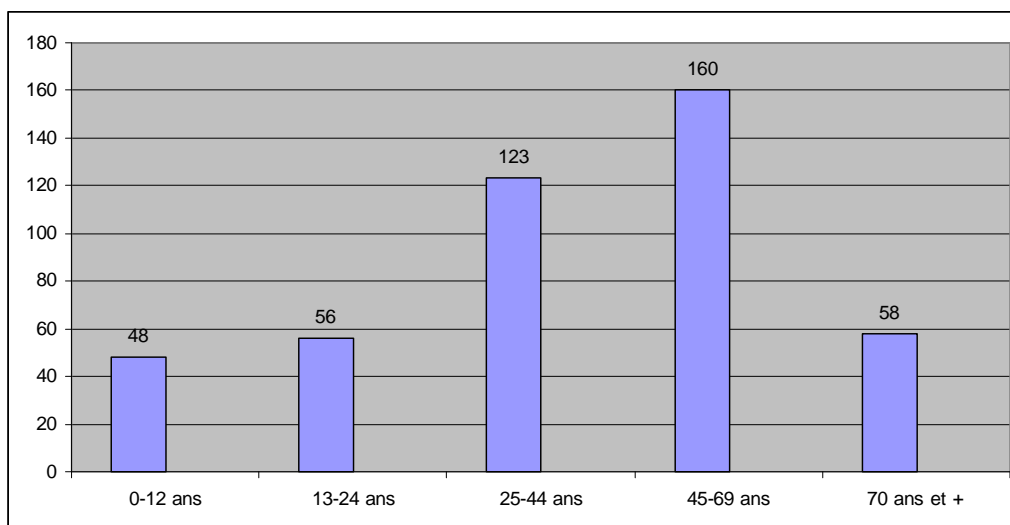
1. Dépistage de l'AAA en médecine générale

1.1 Population

448 patients ont été inclus dans l'étude dont 241 femmes (53 % de la population) et 207 hommes (47 % de la population).

La moyenne d'âge est de 42.43 ans.

Graphique 1 : Répartition de la population selon leur âge



111 patients ont plus de 60 ans (soit 24.7% de la population) :

- 53 personnes sont hypertendues
- 14 personnes sont tabagiques
- 7 personnes sont tabagiques sevrées

Tableau 1 : Répartition des patients de plus de 60 ans selon leurs facteurs de risque

	Nombre de personnes	Pourcentage de la population de plus de 60 ans
HTA	53	47.74%
Tabac	14	12.6%
Tabac sévère	7	6.3%

1.2 Etat des lieux du dépistage de l'AAA en médecine générale selon les recommandations de 2006 de la société française de médecine vasculaire

Il n'a pas été dépisté d'AAA dans la population étudiée.

Au total, 55.5% des patients recommandés pour le dépistage de l'AAA en ont réellement bénéficié.

- 9 hommes de 60 à 75 ans étaient fumeurs ou anciens fumeurs et seuls 5 ont été dépistés

- Aucun patient ne présentait d'antécédents familiaux d'AAA.

Tableau 2 : Dépistage RECOMMANDE par la SFMV

	Population concernée par le dépistage		Population dépistée	
	Nombre de personnes	Pourcentage par rapport population totale	Nombre de personnes	Pourcentage
Hommes de 60 à 75 ans, fumeurs ou anciens fumeurs.	9	2%	5	55.5%
Hommes et femmes de plus de 50 ans ayant une histoire familiale d'AAA	0	0%	0	0%
Total	9	2%	5	55.5%

Sur les patients conseillés pour le dépistage de l'AAA selon la SFMV, seuls 8.7% des patients ont bénéficié du dépistage.

- sur les 24 hommes de 60 à 75 ans, non fumeurs : 3 ont été dépistés
- sur les 13 hommes de plus de 75 ans sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge : 1 patient a été dépisté
- sur les 16 femmes de 60 à 75 ans tabagiques ou hypertendues : 1 patiente a été dépistée
- sur les 4 femmes de plus de 75 ans tabagiques, sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge : aucune patiente n'a été dépistée

Tableau 3 : Dépistage CONSEILLE par la SFMV

	Population concernée par le dépistage		Population dépistée	
	Nombre de personnes	Pourcentage par rapport population totale	Nombre de personnes	Pourcentage
Hommes de 60 à 75 ans, non fumeurs	24	5.3%	3	12.5 %
Hommes de plus de 75 ans sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge	13	2.9%	1	7.6%
Femmes de 60 à 75 ans tabagiques ou hypertendues	16	3.1%	1	6.25%
Femmes de plus de 75 ans tabagiques, sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge	4	0.8%	0	0
Total	57	12.8 %	5	8.7 %

1.3 Spécialiste ayant réalisé le dépistage

Aucun patient n'a été envoyé par son médecin traitant chez un spécialiste pour le dépistage de l'AAA.

En Savoie :

- sur les 4 personnes concernées par les recommandations, 3 personnes ont été adressées à un cardiologue et ont été dépistées
- sur les 6 hommes de 60 à 75 ans non fumeurs, 3 ont été adressés à un cardiologue et 2 ont bénéficié du dépistage
- aucun dépistage n'a été réalisé chez les femmes

Tableau 4 : Dépistage de l'AAA en Savoie

	Population concernée par le dépistage	Accès spécialiste		
		Cardiologue	Médecin vasculaire	Pas de spécialiste
Hommes de 60 à 75 ans, fumeurs ou anciens fumeurs	4 personnes : - 3 fumeurs - 1 ancien fumeur	2 (dépistés) 1 (dépisté)	0 0	1 0
Hommes et femmes de plus de 50 ans ayant une histoire familiale d'AAA	0 personne	0	0	0
Hommes de 60 à 75 ans, non fumeurs	6 personnes	3 (2 dépistés)	0	3
Hommes de plus de 75 ans sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge	0	0	0	0
Femmes de 60 à 75 ans tabagiques ou hypertendues	3 personnes	0	0	0
Femmes de plus de 75 ans tabagiques, sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge	1 personne	1	0	0

En Haute Savoie :

- sur les 5 personnes concernées par les recommandations, 3 ont vu un cardiologue et 2 ont vu un angiologue. Seuls les patients vus par un angiologue ont été dépistés.

- sur les 18 hommes de 60 à 75 ans non fumeurs, 8 ont vu un cardiologue et 1 a vu un angiologue. Seul le patient qui a été vu par un angiologue a été dépisté.

- sur les 13 hommes de plus de 75 ans sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge, 7 personnes ont vu un cardiologue et 1 d'entre elles a été dépistée.

- Sur les 13 femmes de 60 à 75 ans hypertendues (12 femmes hypertendues et 1 femme hypertendue et tabagique), 9 femmes ont été adressées à un cardiologue et 1 d'entre elles a été dépistée.

- Sur les 3 femmes de plus de 75 ans tabagiques, sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge, 3 ont été adressées à un cardiologue et aucune d'entre elles n'a été dépistée.

Tableau 5 : Dépistage de l'AAA en Haute Savoie

	Population concernée par le dépistage	Accès spécialiste		
		Cardiologue	Angiologue	Pas de spécialiste
Hommes de 60 à 75 ans, fumeurs ou anciens fumeurs	5 personnes :			
	- 3 fumeurs	3	1 (dépisté)	0
	- 2 anciens fumeurs	2	1 (dépisté)	0
Hommes et femmes de plus de 50 ans ayant une histoire familiale d'AAA	0 personnes	0	0	0
Hommes de 60 à 75 ans, non fumeurs	18 personnes	8	1 (dépisté)	9
Hommes de plus de 75 ans sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge	13 personnes	7 (1 dépisté)	0	5
Femmes de 60 à 75 ans tabagiques ou hypertendues	13 personnes - 12 HTA	9 (1 dépisté)	0	3
Femmes de plus de 75 ans tabagiques, sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie normale pour l'âge	3 personnes	3	0	0

2. Reproductibilité des infirmières

2.1 Population

109 patients ont été inclus dont 30 femmes (soit 28% de la population) et 79 hommes (soit 72 % de la population).

La moyenne d'âge des patients était de 71.46 ans.

2.2 Reproductibilité des infirmières pour la mesure de l'aorte

Pour étudier la reproductibilité des infirmières, seuls 68 patients ont été inclus.

Les critères d'exclusions étaient :

- disponibilité du médecin (le médecin n'ayant pas pu vérifier les données de toutes les infirmières).
- recueil de données incomplet.

Dans l'ensemble de la population, aucun anévrisme chirurgical n'a été dépisté.

Seuls 4 anévrismes non chirurgicaux, entre 3 et 5 cm, ont été dépistés et un seul n'a pas été retrouvé par les infirmières. La sensibilité est de 75% pour cette taille de l'aorte.

Pour une taille de l'aorte inférieure à 3 cm, 98.4% de résultats concordent entre le médecin et les infirmières.

Tableau 6 : Tableau croisé des résultats infirmiers et du médecin vasculaire

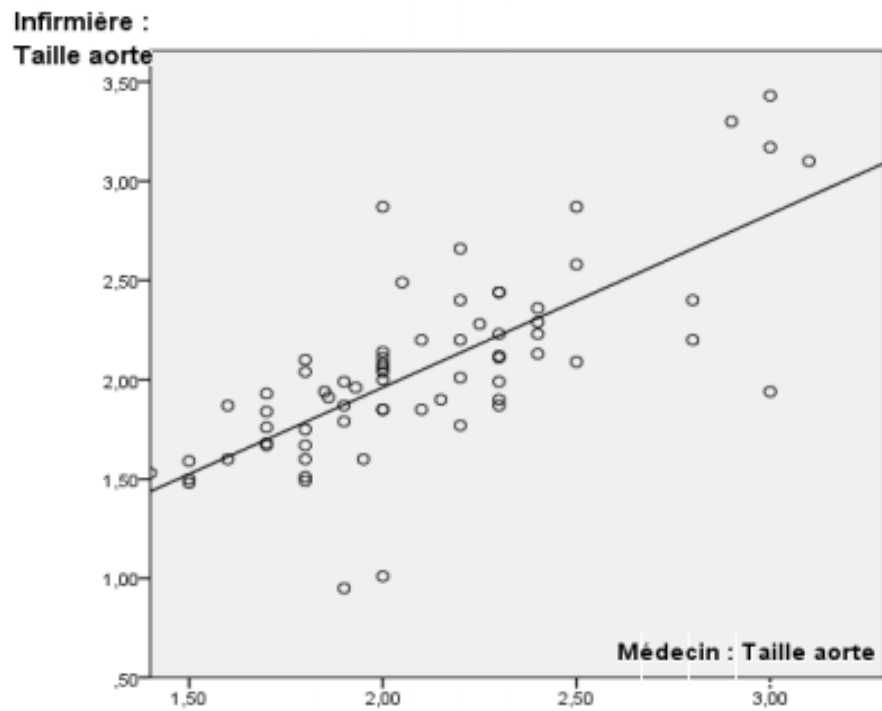
			Médecin : Taille aorte		Total
			<3	3-5	
Infirmière : Taille aorte	<3	Effectif	63	1	64
		% compris dans Infirmière : Taille aorte	98,4%	1,6%	100,0%
		% compris dans Médecin : Taille aorte	98,4%	25,0%	94,1%
	3-5	Effectif	1	3	4
		% compris dans Infirmière : Taille aorte	25,0%	75,0%	100,0%
		% compris dans Médecin : Taille aorte	1,6%	75,0%	5,9%
Total	Effectif		64	4	68
	% compris dans Infirmière : Taille aorte		94,1%	5,9%	100,0%
	% compris dans Médecin : Taille aorte		100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 7 : Mesure d'accord Kappa

	Valeur	Erreur standard asymptotique	T approximé	Signification approximée
Mesure d'accord Kappa	0,734	0,180	6,056	0,000
Nombre d'observations valides	68			

Les résultats quant à la reproductibilité des infirmières montrent un kappa à 0.734.

Graphique n°2 : Concordance des mesures de la taille de l'aorte abdominale entre les infirmières et le médecin vasculaire



DISCUSSION

Cette étude montre un taux de dépistage de l'AAA insuffisant en médecine générale. Seule 1 personne sur 2 a été dépistée selon les recommandations de 2006 de la Société Française de médecine vasculaire. Ce taux est encore plus faible pour les patients dont le dépistage est seulement conseillé : 25% en ce qui concerne les hommes et seulement 6% des femmes.

Ce faible taux de dépistage peut être expliqué par un biais de sélection des patients. La population rencontrée comporte peu de patients de plus de 70 ans alors que c'est à ce moment que la prévalence de l'AAA est la plus forte.

Selon une étude de la DREES (9), le taux de patients de 70 ans et plus représenterait 28% de la population en médecine générale. Dans cette étude seulement 13% des patients avaient plus de 70 ans.

Cette faible proportion de personnes âgées peut être expliquée :

- par le fait que les pathologies les plus souvent rencontrées étaient des pathologies aiguës, les patients chroniques préférant rencontrer leur médecin traitant habituel.
- par le recueil de données qui s'est effectué principalement lors de vacances scolaires et sur de courtes périodes.
- par le fait qu'il semble exister un lien entre l'âge du médecin et l'âge des patients (9).

Aucun patient n'a été envoyé directement chez un spécialiste pour le dépistage de l'AAA. L'ensemble des patients a donc été dépisté de façon opportuniste.

Tous les médecins vasculaires ont pratiqué ce dépistage opportuniste.

Au contraire, il existe une hétérogénéité des pratiques selon les habitudes médicales de chaque spécialiste et notamment chez les cardiologues.

En Savoie, tous les patients envoyés chez un cardiologue et dont le dépistage était recommandé ont bénéficié du dépistage. Cependant l'effectif était très faible.

En Haute Savoie, aucun dépistage de l'AAA n'a été réalisé par un cardiologue.

Début février 2013, L'HAS a publié de nouvelles recommandations sur le dépistage de l'AAA (8) et préconise un dépistage ciblé unique et opportuniste pour les hommes âgés de 60 à 75 ans fumeurs ou anciens fumeurs.

Suite à cette première étude, le dépistage opportuniste semble possible si les personnes sont envoyées chez le médecin vasculaire. Par contre cela semble moins systématique en ce qui concerne les cardiologues surtout sur le bassin annécien. Cela peut être expliqué par le fait que le dépistage de l'AAA ne fait pas partie de leur examen systématique par échographie cardiaque.

Selon des projections démographiques de l'INSEE, la population française et plus spécifiquement la part des personnes âgées de 60 ans et plus sera de 31.1% en 2030 contre 20.6% en 2000 (11). La population concernée par le dépistage ne va donc cesser de croître.

Parallèlement selon la DREES, le nombre de médecins actifs devrait baisser de 10% au cours des 10 prochaines années (10). De plus, 53.8% des médecins seraient des femmes en 2030 contre 39% en 2006 (10).

Ainsi le délai d'attente déjà important pour pouvoir consulter un spécialiste ne va cesser d'augmenter et les actions de préventions risquent de passer au second plan.

Cette étude a été réalisée dans des départements où le nombre de spécialistes et où l'accès aux soins est encore relativement facile, ce qui laisse supposer une plus grande difficulté au dépistage dans d'autres régions.

Afin de poursuivre ce dépistage de la maladie vasculaire sans surcharger les consultations, une voie alternative est envisagée au CHRA en confiant cette mission aux infirmières.

Le dépistage est une activité qui fait partie de leur compétences : « compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » (Référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier) (12).

Ce dépistage aurait donc un double intérêt :

- économique, compte tenu du « cost effectiveness » démontré par MASS (3)
- de rationalisation des moyens et compétences de santé, compte tenu de la démographie médicale et de la population concernée.

Dans cette deuxième étude, la corrélation entre les infirmières et le médecin pour dépister l'AAA est importante. Cette corrélation est d'autant plus forte que la taille de l'aorte abdominale est inférieure à 3 cm. Les infirmières sont efficaces quand leur mission est d'écarter l'existence d'un anévrisme.

On peut regretter le manque de données concernant les tailles de l'aorte supérieur à 3 cm et a fortiori au delà de 5 cm.

L'effectif ne permet pas d'évaluer la sensibilité pour les anévrismes de taille chirurgicale mais il est probable que cette sensibilité augmente au delà de 5 cm.

Les infirmières qui ont réalisé le dépistage avaient été formées sur une trentaine d'examens avant de se soumettre à l'évaluation. Là encore, avec le recul d'expérience, la sensibilité a dû augmenter et il serait intéressant d'évaluer ces infirmières après 1 an d'expérience.

A chaque doute ou anévrisme découvert, les patients seront adressés en consultation auprès d'un médecin vasculaire afin de confirmer et d'organiser la suite de la prise en charge.

Cette étude n'englobe que quelques patients mais ces résultats sont plutôt encourageants pour la suite et indique que les infirmières formées et encadrées peuvent réaliser ce dépistage.

Les infirmières de cardiologie de l'hôpital d'Annecy ont également été formées au dépistage global de la maladie vasculaire. Elles ont, en plus du dépistage de l'AAA, été formées à évaluer la surcharge athéromateuse carotidienne et à calculer les index de pression systolique. Les résultats n'ont pas été étudiés dans ce travail.

En effet dans les études publiées, les patients porteurs d'AAA décèdent dans la majorité non pas de leur AAA mais de maladies cardiovasculaires associées (1).

Ce type de consultation de dépistage pourrait permettre aux médecins généralistes d'obtenir une estimation individuelle et personnalisée du risque cardiovasculaire de leur patient. Ils pourraient ainsi mettre en place les mesures de prévention adéquates tant au niveau hygiénodététique que thérapeutique.

**Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale : Taux de
dépistage dans une population de médecine générale et
faisabilité par des infirmières**

CONCLUSION

L'anévrisme de l'aorte abdominal (AAA) est une maladie rare mais potentiellement grave en cas de rupture. Les différentes sociétés savantes françaises et étrangères (Etats-Unis, Grande Bretagne, Allemagne, Canada) recommandent un dépistage ciblé de l'AAA mais aucune étude n'a évalué le niveau d'application de ces recommandations.

Le taux de dépistage a été étudié sur une population de médecine générale de 448 patients, dont 241 femmes et 207 hommes, avec une moyenne d'âge de 42.4 ans. Cette étude démontre que le dépistage opportuniste de l'AAA n'est pas suffisant. Seul 55,5% de la population recommandé pour ce dépistage, selon la société française de médecine vasculaire, a pu en bénéficier. Cette étude met également en évidence qu'aucun patient n'a été envoyé par son médecin traitant spécifiquement pour être dépisté.

La faisabilité du dépistage par des infirmières a été étudiée sur une population hospitalière de 109 personnes, dont 30 femmes et 79 hommes, avec une moyenne d'âge de 71 ans. Il existe une importante concordance entre elles et le médecin vasculaire pour la mesure de la taille de l'aorte ($\kappa = 0.734$). Les résultats sont donc encourageants et le dépistage de l'AAA par des infirmières semble être une possibilité sur l'hôpital d'Annecy.

Cette consultation de dépistage de l'AAA pourrait également être propice au dépistage plus global de la maladie vasculaire artérielle périphérique en mesurant les index de pression systolique et en évaluant la surcharge carotidienne.

Ce dépistage permettrait aux médecins généralistes de mieux appréhender le risque cardiovasculaire de chaque patient. Il pourrait ainsi être sensibilisé à mettre en place les mesures hygiéno diététiques et médicamenteuses adaptées aux référentiels du traitement des facteurs de risque cardiovasculaire

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 09.09.2013

LE DOYEN



J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE THESE

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized letters and a long horizontal stroke.

PROFESSEUR CARPENTIER P.

BIBLIOGRAPHIE

1. BECKER F., BAUD J.M. Dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale et surveillance des petits anévrismes de l'aorte abdominale : argumentaire et recommandations de la société française de médecine vasculaire. J Mal Vasc. 2006 Dec;31(5):260-76.
2. LINDHOLT JS, NORMAN P. Screening for abdominal aortic aneurysm reduces overall mortality in men. A meta-analysis of the mid- and long-term effects of screening for abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008;36:167-71.
3. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. Lancet 2002; 360: 1531-1539
4. NHS Evidence. Screening for abdominal aortic aneurysms. 2009.
<http://aaa.screening.nhs.uk/aboutus>
5. United States Department of health and human services (USDHHS). Agency for healthcare research and quality (AHRQ). Evidence synthesis number 35 : Primary care screening for abdominal aortic aneurysm. February 2005.
6. MEDICARE. Abdominal aortic aneurysm screening.
<http://www.medicare.gov/coverage/ab-aortic-aneurysm-screening.html>

7. SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY. Position Statement on Vascular Screening.

<http://www.vascularweb.org/about/positionstatements/Pages/svs-position-statement-on-vascular-screening.aspx>

8. HAS. Pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en France. Novembre 2012

9. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques, N°315, juin 2004.

10. BRUTEL C, OMALEK L. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030. INSEE.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DS081fr.pdf

11. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques, N°679, février 2009.

12. Référentiel de compétences des infirmières diplômées d'état (version 25 du 11.12.08).

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire informatisé pour le dépistage de l'AAA en médecine générale

N° (Nouv.) Date

Nom

Prenom

Date de naissance

Sexe ▼

Age

Si patient a entre 50 et 60 ans :

ATCDT familiaux Anevrysme ☐

Si patient > 60 ans, compléter la suite :

Poids en Kg

Taille en cm

Facteurs de risque CV :

HTA ☐

Tabac ☐

Tabac sevré ☐

ATCDT familiaux Anevrysme ☐


Suivi par un spécialiste cardio vasc: ▼

Cardio ☐

Angio ☐


Dépistage Aorte abdominale: ▼

Annexe 2 : Questionnaire informatisé pour évaluer la reproductibilité des infirmières

Cardio - Dépistage vasculaire  Secrétariat ☒ Dans la liste d'impression ☐ Imprim

Destinataires Corps lettre Pièces jointes

RECUEIL ECHO DOPPLER ET CALCUL DES IPS

Nom : TEST Prénom : D04
Né(e) : le
Hospitalisé(e) dans :  SAU FILIERE LONGUE B MEDECINE

Date de l'examen :

Raison principale de l'examen : ☐ Syndrome coronarien récent
☐ AVC récent
☐ Bilan de diabète
☐ Bilan d'une insuffisance rénale
☐ Autre

Description des gros vaisseaux

Evaluation de l'aorte Taille maximum : cm Anevrysme ? ☐

Evaluation de la surcharge athéromateuse carotidienne

Gauche		Droite
<input type="checkbox"/>	Absente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Modérée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Importante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Très importante	<input type="checkbox"/>

Evaluation des pression systolique et des IPS

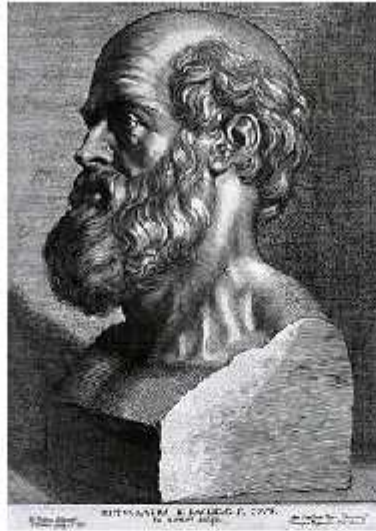
Artère humérale mmhg

Gauche			Droite	
Thrombose	Pression systolique		Thrombose	Pression systolique
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmhg	Tibiale antérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmhg
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmhg	Tibiale postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmhg
IPS local			IPS local	

Pression minimale :
IPS Global :

[Générer CR](#)

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

